

Imię i nazwisko pacjenta:

PESEL: Data:

W celu właściwego zaplanowania i przeprowadzenia znieczulenia ogólnego prosimy o wypełnienie poniższej ankiety. Prosimy o zakreślenie kółkiem odpowiedzi „tak” lub „nie”. W przypadku odpowiedzi „tak” prosimy o szczegółowe informacje w polu „Uwagi Pacjenta”. Lekarz anestezyjolog wyjaśni wszelkie wątpliwości w trakcie rozmowy. Prosimy o wyrażenie zgody na proponowaną metodę znieczulenia i potwierdzenie tego podpisem.

Czy chorował/a Pan/Pani na choroby układu krążenia (choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie, wada serca, niewydolność krążenia, zapalenie żył)?

TAK NIE

Czy chorował/a Pan/Pani na choroby płuc (zapalenie płuc, gruźlica, częste zapalenia oskrzeli, astma, POChP, rozedma płuc, kaszel nawracający, duszność)?

TAK NIE

Czy jest Pan/Pani na coś uczulona (katar sienny, wysypka, uczulenie na leki, substancje chemiczne, pokarmy – a w szczególności mleko, soja, jaja, orzeszki ziemne)?

TAK NIE

Czy chorował/a Pan/Pani na choroby układu nerwowego (padaczka, bóle głowy, omdlenia, drgawki, udar, utraty świadomości, niedowłady, porażenia)?

TAK NIE

Czy chorował/a Pan/Pani na choroby wątroby (żółtaczkę, marskość, zapalenie)?

TAK NIE

Czy chorował/a Pan/Pani na choroby układu moczowego (niewydolność nerek, kamica)?

TAK NIE

Czy chorował/a Pan/Pani na zaburzenia metaboliczne lub hormonalne (nadczynność lub niedoczynność tarczycy, cukrzyca)?

TAK NIE

Czy choruje Pan/Pani na inne, nie wymienione powyżej choroby?

TAK NIE

Jeśli tak, to proszę je wymienić :

.....

.....

Czy przyjmuje Pan/Pani jakieś leki? Jeśli tak, to proszę podać ich nazwy i dawki

TAK NIE

.....

.....

.....

Czy był/a Pan/Pani znieczulany/a do jakiegokolwiek zabiegu?

TAK NIE

Jeśli tak, to proszę je wymienić :

.....

Czy znieczuleniu towarzyszyły jakieś powikłania?

TAK NIE

Czy nadużywa Pan/Pani alkoholu lub czy pali Pan/Pani papierosy?

TAK NIE

Czy jest Pani, albo podejrzewa Pani, że może być w ciąży

NIE DOTYCZY TAK NIE

wzrost: (cm) , waga: (kg)

Uwagi Pacjenta:

.....

.....

OŚWIADCZENIE PACJENTA:

Wyrażam zgodę na wykonanie znieczulenia ogólnego w warunkach ambulatoryjnych lub hospitalizacji jednodniowej do proponowanego zabiegu, jak również na towarzyszące temu postępowanie (np. założenie wkłucia obwodowego tzw. wenflonu, płynoterapia w okresie okołozabiegowym).

Wszystkie podane mi informacje są dla mnie zrozumiałe. Miałem/-am również możliwość zapytania lekarza anestezjologa o wszystko, co dotyczy znieczulenia i związanego z nim ryzyka. Za możliwość wystąpienia powikłań, o których zostałem/-am poinformowany/a nie będę rościł/a żadnych pretensji. Zgadzam się na uzasadnione medycznie zmiany lub rozszerzenie postępowania anestezjologicznego.

Oświadczam, że od ponad 6 godzin nic nie jadłem/-am i od ponad 2 godzin nic nie piłem/-am. Po znieczuleniu ogólnym pozostanę na sali chorych 1-2 godz. Po zabiegu odjadę do domu w asyście dorosłej osoby towarzyszącej. Zostałem/am poinformowany/a, że przez 12 godzin po znieczuleniu nie mogę prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać maszyn, urządzeń elektrycznych, wykonywać czynności precyzyjnych oraz podejmować jakichkolwiek ważnych decyzji, przede wszystkim prawnych.

Podpis Pacjenta:

Przebieg znieczulenia – wypełnia anestezjolog

Uwagi anestezjologa:

.....
.....
.....

Przyjmuję oświadczenie pacjenta i kwalifikuję pacjenta do znieczulenia.

Dawki leków i pomiary parametrów w trakcie znieczulenia:

lek/pomiar	Dawka/czas				
fentanyl					
midazolam					
lidokaina					
propofol					
atropina					
deksametazon					
RR					
HR					
O ₂ Sat					

Uwagi dotyczące przebiegu znieczulenia:

.....
.....
.....

Podpis anestezjologa: